

Kód pojišťovny

IČZ		Datum odběru
Odbornost		



Laboratoř IVF
Štefánikova 12, 602 00 Brno
tel. + 420 549 523 257
www.sanatoriumhelios.cz

Žádanka na andrologické vyšetření

Pacient		Datum narození	
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Pohlaví: ŽENA / MUŽ		Ostatní diagnózy	
Doplňující informace			

Datum a čas odběru			
<input type="checkbox"/> ejakulát	<input type="checkbox"/> testikulární tkáň	<input type="checkbox"/> cervikální hlen	

Vyplňuje laboratoř	
LRN vzorku	
Datum a čas přijetí vzorku	
Jméno a podpis	

Požadováno:

<input type="checkbox"/> Základní SPG	<input type="checkbox"/> Zpracování pro IVF
<input type="checkbox"/> Test integrity DNA	<input type="checkbox"/> Zpracování pro IUI
<input type="checkbox"/> Imunobeadng test	
<input type="checkbox"/> Trial Wash test	
<input type="checkbox"/> PCT test	
<input type="checkbox"/> Kryokonzervace	
<input type="checkbox"/> Jiné	